

# Aspectos básicos en la rehabilitación de enfermedades neurológicas



■ **DR. MANUEL MURIE FERNÁNDEZ.**

NEURÓLOGO.  
DIRECTOR MÉDICO  
DEL CENTRO  
NEUROLÓGICO  
DE ATENCIÓN  
INTEGRAL

Las enfermedades neurológicas como el ictus, la Enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Múltiple, la Esclerosis Lateral Amiotrófica o las demencias, suponen un grave problema socio-sanitario, pues están a la cabeza en las listas tanto de mortalidad como en discapacidad. En España, más del 50% de los enfermos crónicos dependientes lo son por enfermedades neurológicas. Teniendo en cuenta, además, el aumento de la esperanza de vida y el avance de la medicina se augura un aumento de aquellas enfermedades cuyo principal factor de riesgo será la edad, como pueden ser el ictus o las demencias.

**“El sistema sanitario debe adaptarse y modificarse a la cronicidad, explorando nuevas opciones de asistencia”**

**EL EQUIPO NEURORREHABILITADOR**

Es conocido el papel del médico, la enfermera y las auxiliares dentro del ámbito sanitario; sin embargo, considero oportuno recalcar la labor de otros especialistas que componen el equipo neurorrehabilitador, pues en muchas ocasiones se desconoce su función.

**Fisioterapeuta:**

La fisioterapia neurológica es la terapia física (ya sea mediante componentes eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos) encaminada al tratamiento de las alteraciones debidas a una afectación del sistema nervioso. Tiene como objetivo restaurar las funciones neuromotrices perdidas y potenciar aquellas conseguidas, facilitando su adaptación al entorno y la realización de las actividades básicas de la vida diaria que el paciente necesite, entre las que se encuentran funciones como la bipedestación, desplazamiento de unas posiciones a otras y marcha, principalmente.

**Terapeuta ocupacional (T.O):**

Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. El objetivo es capacitar al individuo para desarrollar las actividades significativas de la manera más independiente y eficiente posible.

Con todo ello consigue:

- Prevenir, mantener, restaurar, compensar, adaptar y dotar de nuevas habilidades dentro de los aspectos físicos, sensoriales, cognitivos y psicosociales.
- Evaluar los aspectos/componentes de la función humana que puedan estar limitados y afecten a las actividades de la vida diaria con el objetivo de restaurar la función, mantenerla, compensarla, adaptarla o habilitarla si no existiera.
- Asesorar sobre adaptaciones y el uso de productos de apoyo.
- Evaluar y diseñar modificaciones en el hogar/trabajo para que el entorno sea propicio.
- Entrenar al individuo para la realización de las actividades de la vida cotidiana con el mayor grado de autonomía posible.

En este escenario, estrategias capaces de disminuir la incidencia (prevención primaria) y la dependencia generada (Neurorrehabilitación), cobran especial relevancia a la hora de planificar el sistema sociosanitario.

La Neurorehabilitación es una subespecialidad que, si bien no es nueva, puede afirmarse que ha cambiado de forma sustancial en las dos últimas décadas. Atendiendo al diccionario de la Real Academia de la Lengua, puede definirse la Neurorehabilitación como “el conjunto de métodos que aprovecha la plasticidad cerebral para recuperar o enlentecer la progresión de aquellas funciones neurológicas perdidas o disminuidas como consecuencia de un daño sobre el sistema nervioso”. Esta nueva subespecialidad, precisa de un espacio diferenciado y un equipo multidisciplinar en el que conviven diferentes especialistas.

# “Más del 50% de los enfermos crónicos dependientes lo son por enfermedades neurológicas”

### Neuropsicólogo:

Está especializado en estudiar la relación que se establece entre el cerebro y la conducta. En un centro de neurorrehabilitación sus funciones principales son:

- Valorar las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que presenta el paciente y su impacto en el día a día. Conocer los mecanismos que provocan estas dificultades es clave para planificar estrategias dirigidas a una mayor funcionalidad.
- Diseñar un programa de rehabilitación, coordinado con el resto de áreas terapéuticas, mediante el uso de métodos de abordaje con diferentes niveles de complejidad y sofisticación, pero con la premisa de que se adapten lo máximo posible a la realidad de cada persona.
- Monitorizar la evolución del paciente y gestionar los distintos factores asociados a la misma.
- Trabajar de la mano de las familias, asesorando acerca de las pautas a seguir en un entorno cotidiano.

### Trabajador social:

Pretende abordar las situaciones problemáticas originadas por el impacto social de los procesos de salud/enfermedad. El objetivo último es la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familias, la atención de las necesidades sociales de los mismos, y la promoción y el desarrollo de las personas. Interviene en todos los ámbitos donde se desenvuelve el paciente (familia, amigos, escuela, trabajo y entorno social), adecuando cada intervención de forma individualizada, buscando alcanzar la mayor autonomía en cada caso y su reinserción familiar, social y laboral. Su intervención está centrada en:

- Prevenir la sobrecarga familiar, acompañándoles en la resolución de problemas de índole social que se generan durante el proceso de recuperación.
- Conseguir una reintegración social y familiar, buscando el mayor bienestar de cada paciente y su cuidador.
- Lograr, si es posible, una reinserción laboral.

### Logopeda:

Su labor va dirigida a la prevención, evaluación, tratamiento y estudio de los trastornos de la comunicación y engloba funciones asociadas a la comprensión y a la expresión del lenguaje oral y escrito, así como establecer un sistema alternativo de comunicación en aquellos que han perdido dicha capacidad. También tiene la función de tratar las alteraciones de la deglución en todas sus vertientes. Se encarga de exponer a los demás profesionales los objetivos principales de su área y proporcionarles pautas de comunicación y deglución para cada paciente.

### PATOLOGÍAS NEURORREHABILITABLES

Todas las patologías que supongan la pérdida o disminución de una función neurológica son potencialmente neurorrehabilitables, si bien el objetivo y la estructuración del tratamiento varían entre diferentes patologías y dentro de una misma patología puede variar en determinados momentos. Sobre esta base, podemos diferenciar el tratamiento neurorrehabilitador en dos grandes bloques, en función de su objetivo:

#### Con objetivo enlentecedor:

Aquellas en las que se espera, como consecuencia de la progresión de su enfermedad, una pérdida progresiva más o menos rápida de las funciones neurológicas. En este apartado se encuentran las demencias, la Enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Lateral Amiotrófica, la Esclerosis Múltiple o ciertos tumores cerebrales.

#### Con objetivo reparador:

Pacientes en los que ya no se esperan más pérdidas de la función neurológica. Se encuentran aquí los ictus, los traumatismos craneoencefálicos, ciertos tumores cerebrales, encefalopatías postanóxicas o la Esclerosis Múltiple tras un brote.

## “El cambio en el campo de la Neurorehabilitación ya ha empezado a producirse”

### PROCESO DE NEURORREHABILITACIÓN

En una valoración inicial exhaustiva se pretende responder a estas cuatro preguntas y por este orden:

1. ¿Puede beneficiarse el paciente de un proceso neurorehabilitador?
2. En caso afirmativo, ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento a corto, medio y largo plazo?
3. ¿Cómo vamos a llegar esos objetivos?
4. ¿Cada cuánto tiempo y cómo vamos a evaluar los resultados del tratamiento?

Una vez resueltas estas preguntas, se inicia el tratamiento. En función del grupo en el que se encuentre el paciente tiene unas características u otras:

#### Con objetivo enlentecedor:

Intensidad:

No precisa de una alta intensidad, puede consistir en 1 ó 2 terapias semanales.

Multidisciplinar:

Raramente involucra a todas las disciplinas (por ejemplo, en las demencias el neuropsicólogo es el actor principal, mientras que en la enfermedad de Parkinson lo es el fisioterapeuta).

Modo de trabajo:

Suele combinar terapia individual con terapias grupales y se enfatiza mucho en el trabajo que el paciente puede realizar en su casa.

Duración:

Debe considerarse un tratamiento a largo plazo, incluso con periodos de liberación del tratamiento.

#### Con objetivo reparador:

Intensidad:

Se trata de un tratamiento de alta intensidad; se recomiendan tres horas diarias de terapia y, personalmente, incluyo en estos casos el tratamiento durante el fin de semana.

Multidisciplinar:

Estos pacientes precisan la intervención de todos los terapeutas, logopeda, terapeuta ocupacional, neuropsicólogo y fisioterapeuta.

Modo de trabajo:

Deben ser terapias individualizadas.

Duración:

Debe iniciarse cuando el paciente esté médicamente estabilizado y finalizar en el momento en el que no consiga más mejorías. Normalmente la duración es entre 4-8 meses, en función de la severidad del daño.

	Objetivo enlentecedor	Objetivo reparador
Intensidad	1-2 sesiones/semana	3 sesiones diarias
Multidisciplinar	Un terapeuta predomina	Todos los terapeutas
Modo de trabajo	Individual, grupal y en casa	Individual
Duración	Años	4-8 meses

## FUTURO DE LA NEURORREHABILITACIÓN

Considero que estamos ante el inicio de un cambio en el campo de la Neurorrehabilitación, que viene de la mano en el manejo de la fase subaguda y crónica del ictus. Pero también creo que los cambios exigen tiempo y conllevan asociados unas resistencias, que pueden ser:

### A nivel individual:

- Factores económicos: Lo invertido hoy en mañana, se considera más un gasto que una inversión.
- Seguridad: El cambio conlleva novedad y eso amenaza nuestra zona de confort.
- Procesamiento selectivo de la información: No analizamos lo global y nos quedamos en la experiencia personal.
- Temor a lo desconocido: Existe temor a la novedad y debemos estar abiertos a tratamientos novedosos y opciones terapéuticas diferentes, siempre que estén avaladas por estudios.

- Hábitos individuales: Nos sentimos cómodos con nuestra experiencia y nos cuesta cambiar.

### A nivel organizativo:

- Inercia estructural y grupal: El sistema sanitario esta "diseñado" para la atención aguda y enfermedades como el ictus conllevan cronicidad, por lo que el sistema debe adaptarse y modificarse a la cronicidad, explorando nuevas opciones de asistencia.
- Amenaza a las relaciones establecidas de poder: Los nuevos modelos de asistencia deben estar orientados a la multidisciplinariedad, implicando nuevos roles de poder y más repartos equitativos, y en base a necesidades reales.
- Amenaza a la distribución de recursos: Los recursos son limitados y, por tanto, debe demostrarse la eficiencia de sus destinatarios, debiendo analizarse a corto y a largo plazo la utilidad de los mismos, lo cual implica herramientas de evaluación.

- Amenaza a la experiencia: La experiencia del sistema se tambalea por la aparición de nuevas estrategias terapéuticas, nuevos protocolos de Neurorrehabilitación y la necesidad de un sistema flexible en la utilización de recursos (sanitarios, sociosanitarios, sociales, etc.).
- Enfoque limitado del cambio: Conocemos muy bien nuestro ámbito de actuación y tendemos a analizar únicamente éste, pero el cambio actual requiere apertura de horizontes y visionar el cambio en su conjunto.

**En conclusión, considero que el cambio en el campo de la Neurorrehabilitación ya ha empezado a producirse y, desde aquí, animo a todos los "actores" a acelerar las acciones encaminadas a promover este cambio, para así tener una mayor oferta de recursos en Neurorrehabilitación, aumentando los apoyos y, por tanto, las historias de superación. ■**

## FUENTES DE RESISTENCIA AL CAMBIO.

En azul las que el autor considera más difíciles de vencer.

